

--

DOCUMENTS A FOURNIR A L'INSCRIPTION :

- La fiche sanitaire de liaison
- La copie du carnet de santé comportant les vaccinations à jour
- ainsi que les documents mentionnés dans le règlement intérieur

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je, soussigné(e), déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste de l'exactitude des renseignements suivants :

Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.

Autorise seulement les personnes habilitées à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs.

Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à partir de ... h, le(s) jour(s) suivants : ...

Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : les journaux de Familles Rurales, ses supports vidéos, les illustrations de ses documents d'information, les illustrations de son site Internet, les insertions dans sa page Facebook. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

oui non

ENGAGEMENTS des PARENTS

M'engage à transmettre à l'association, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter

M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'Accueil de loisirs

M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepter ses dispositions

Fait à :

Le :

Signature du père (ou tuteur légal)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (ou tutrice légale)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs (ou du séjour). Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant. Pour tout renseignement, merci d'adresser un courrier à l'association ... organisatrice : (adresse postale)

LOGO	FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION Accueil de loisirs de	PHOTO
	Année	

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F – M

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Age :

Adresse:

Ecole fréquentée : Classe :

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

Situations des parents : (Rayer les mentions inutiles)

Célibataire - Vie maritale - Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés – Veuf

IDENTITE DE LA MERE ou de la tutrice légale (ou parent 1)	IDENTITE DU PERE ou du tuteur légal (ou parent 2)
Nom et Prénom:	Nom et Prénom:
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse du domicile : (si différente de l'enfant)	Adresse du domicile : (si différente de l'enfant)
Tél. Fixe :	Tél. Fixe :
Tél. Portable :	Tél. Portable :
Tél. Professionnel :	Tél. Professionnel :
Email :	Email :
La mère est destinataire des factures relatives aux mercredis oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Le père est destinataire des factures relatives aux : mercredis oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
petites vacances oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	petites vacances oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
grandes vacances oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	grandes vacances oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres :	Autres :
.....
.....
.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : Prénom : Qualité : Tél :
 Nom : Prénom : Qualité : Tél :
 Nom : Prénom : Qualité : Tél :
 Nom : Prénom : Qualité : Tél :

Adhérent à l'association Familles Rurales de

Assurance responsabilité civile
 Nom :
 Adresse :
 N° de contrat :

Régime de sécurité sociale
 Régime général
 Régimes spécifiques (MSA, RSI, SNCF, EDF, GDF, RATP...)
 Numéro d'allocataire :

Mutuelle
 Nom :
 Adresse :
 N° de Contrat :

INFORMATIONS ALIMENTAIRES :

	OUI	NON	Lesquelles ?
Sans Porc			
Végétarien			
Allergies Alimentaires			

INFORMATIONS MEDICALES ET SPORTIVES:

Mon enfant sait nager : OUI NON
 Mon enfant sait faire du vélo : OUI NON

P. A. I (Protocole d'Accueil Individualisé) : OUI NON

Observations complémentaires (Retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire...) :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....